

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU
CHANCRE MOU

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 Octobre 1919

PAR

Henri PAGÈS

Né à Belvianes (Aude), le 11 septembre 1887

INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	FORGUE, professeur, <i>président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		VEDEL, profess. adjoint.		
		RIMBAUD, agrégé		
		ETIENNE, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

1, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU
CHANCRE MOU

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU
CHANCRE MOU

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 Octobre 1919

PAR

Henri PAGÈS

Né à Belvianes (Aude), le 11 septembre 1887.

INTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	FORGUE, professeur, <i>président</i> .	{	Assesseurs
		VEDEL, profess. adjoint.		
		RIMBAUD, agrégé.		
		ETIENNE, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*)	DOYEN.
SARDA (*)	ASSESSUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*)
Physique médicale.....	IMBERT (*)
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *)
Physiologie.....	HEDON (*)
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (*)
Anatomie.....	GILIS (*)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*)
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*)
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale.....	RAUZIER (*)
Clinique obstétricale.....	VALLLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*)
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✱)
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N. . . .
Clinique médicale.....	N... .

Professeurs adjoints : MM. DR ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DR ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, prof.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O ✱) a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN ✱, a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS. (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON ✱ (✱) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELTT (*)	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (✱ ✱).	J. DELMAS (✱).	PECH ✱ (ch. d'agr.).
RICHE.	RIMBAUD ✱.	

Examineurs de la thèse :

MM. FORGUE, professeur, <i>président</i> .		MM. RIMBAUD, agrégé.
VEDEL, professeur.		ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE
LE SERGENT JACQUES PAGÈS, DU 18^e D'INFANTERIE
Tombé à Craonne le 5 Mai 1917

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON GRAND'PÈRE

H. PAGÈS.

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MES SŒURS

A MES AMIS

H. PAGÈS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE MARSEILLE

H. PAGÈS

AVANT-PROPOS

Dix ans nous séparent du début de nos études médicales, et ce n'est pas sans une certaine émotion que nous venons ce soir de terminer notre thèse.

Que de souvenirs dans notre vie d'étudiant.

Petit à petit, nous nous sommes acheminé vers la fin de nos études presque sans nous en apercevoir, et ce qui domine toute cette période, c'est notre vie à l'hôpital.

Nous y avons été attirés tout d'abord par la curiosité des choses toutes nouvelles pour nous, puis nous avons été pris par l'intérêt puissant qu'offre au jeune étudiant la grande variété et le nombre des cas pathologiques que l'on peut observer et suivre dans les hôpitaux de Marseille. Mais quelles joies et quelles satisfactions déjà, lorsque nous avons commencé à mettre la main à la pâte dans un service de chirurgie.

L'hôpital nous devenait indispensable, et c'est à son contact journalier que nous avons commencé à aimer passionnément notre métier.

Déjà à cette époque, des maîtres précieux et pleins de bienveillance ont bien voulu nous guider, nous tenons à témoigner toute notre reconnaissance à M. le professeur Léon Imbert, dans le service de qui nous avons débuté. Plus tard, le docteur Roux de Brignoles a été pendant plusieurs années pour nous un maître excellent et plein d'indulgente bonté. Notre passage dans le service de vénéréologie nous a

permis d'apprécier la grande sollicitude liée aux profondes connaissances en syphiligraphie de notre maître Melchior Robert.

Actuellement interne dans le service de M. le professeur Sihol, nous sommes heureux de rendre hommage à son amabilité et à son enseignement.

Nous tenons à remercier tout spécialement M. le professeur Perrin et notre excellent maître, M. le professeur Escat, dont la bonté quasi paternelle nous a si grandement aidé au cours de nos études et à qui nous devons notre sujet de thèse. Qu'il soit assuré de notre profonde gratitude et de notre entier dévouement.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DU

CHANCRE MOU

PREAMBULE

Le travail que nous présentons n'a pas la prétention de révolutionner complètement le traitement du chancre mou.

Nous pensons apporter un bon moyen de guérison, surtout un moyen permettant de traiter efficacement des complications telles que le phagédénisme contre lesquelles la multiplicité des traitements employés jusqu'à ce jour paraît être resté sans résultat.

Nous exposerons tout d'abord succinctement, sans vouloir refaire un chapitre de pathologie, ce qu'est le chancre mou et quelles peuvent être ses complications.

Dans un second chapitre, nous dirons la plupart des traitements qui ont été utilisés depuis l'antiquité jusqu'à ces temps derniers.

Nous montrerons la quantité et la diversité des moyens mis en œuvre; nous constaterons leur efficacité très relative et quelquefois même leur inefficacité complète.

En présence de pareils résultats, n'y a-t-il pas un moyen qui puisse guérir rapidement, complètement, même en pleine complication phagédénique, une maladie aussi rebelle à des traitements aussi variés?

Nous pensons, avec notre maître, M. le professeur Escat, que les moyens chirurgicaux seuls nous permettent d'obtenir une solution prompte et définitive. « Le phagédénisme, dit-il, est le résultat de l'inertie chirurgicale ».

Nous exposerons donc, dans un troisième chapitre, le traitement que nous proposons, nous le décrirons minutieusement, avec ses différentes modalités, suivant la région et suivant la nature du chancre.

Nous apporterons ensuite une série d'observations dont quelques-unes personnelles, et nous pensons que nous aurons démontré que les moyens thérapeutiques que nous proposons sont les plus efficaces et les plus rapides.

I

LE CHANCRE MOU. — SES COMPLICATIONS

Le chancre mou, chancre simple, chancre réinoculable de Rollet, chancre phagédénique, chancre serpigineux, etc., est une affection connue depuis l'antiquité. Celse est le premier auteur qui l'ait bien décrite. Il en a noté toutes les caractéristiques cliniques, les complications : phimosis, paraphimosis, phagédénisme ; il avoue même, que cette dernière complication avait déjà été décrite par des auteurs grecs.

Dioscoride, Gallien ont étudié également le chancre et surtout le bubon chancreux.

D'après Rollet, c'est aux auteurs arabes que nous devons les plus précieux documents ; leurs textes, dit-il, ont été colligés avec beaucoup de soins par Gruner.

Cette maladie a été si nettement isolée, que lors de l'apparition de l'épidémie syphilitique du xv^e siècle, aucun des auteurs de l'époque n'a pensé décrire une différenciation entre le chancre mou et le chancre syphilitique.

Ce n'est que plus tard, au début et dans le courant du xvi^e siècle, que l'on confondit momentanément les deux maladies. En somme, cette affection a été reconnue, décrite, ainsi que ses complications depuis la plus haute antiquité.

Le taux des affections chancreuses a subi diverses variations et des périodes de recrudescence. L'un de nos maîtres, M. le professeur Perrin, nous disait que, pendant son internat à Saint-Louis, le chancre mou était une rareté et

lorsqu'il s'en présentait un à la consultation, les maîtres de l'époque le montraient à tous leurs élèves en leur faisant remarquer qu'il ne leur serait pas donné d'en voir très souvent. Selon lui, la guerre aurait produit une recrudescence très marquée du chancre mou.

La lésion est connue ainsi que ses caractéristiques : apparition d'une pustule ou d'une petite ulcération, quelques jours à peine après le coït douloureux ou le contact infectant ; ulcérations à fond sanieux, recouvert d'une fausse membrane (Rollet) ; bords taillés à pic, décollés, avec légère lymphangite, au niveau du pourtour, pus abondant quelquefois crêmeux, contenant parfois de petits débris sphacelés. Cette ulcération n'est pas indurée, ou du moins ne présente pas l'induration caractéristique du chancre syphilitique. Apparition d'une ulcération semblable au niveau de la portion de l'organe qui est en contact avec l'ulcération première, cette caractéristique étant considérée depuis fort longtemps, par tous les auteurs, comme pathognomonique. Enfin, on constate la présence du bacille de Ducret dans le pus et les produits de raclage. L'évolution de cette lésion, se fait quelquefois de façon régulière ; Jullien nous dit que vingt ou trente jours suffisent à sa guérison. S'il persiste plus longtemps, lorsqu'il est abandonné à lui-même, il est rare que la durée dépasse sept à huit semaines en dehors de complications.

Les localisations du chancre de la verge sont multiples. Elles ont été résumées, par ordre de fréquence, par Fournier qui a publié la statistique suivante :

Chancres du gland et du prépuce.....	296
Chancres du fourreau de la verge.....	15
Chancres multiples de la verge.....	17
Chancres du méat urinaire.....	8

En somme, les chancres sont plus particulièrement concentrés sur le gland et sur le prépuce, au niveau du frein, affectant très fréquemment le sillon balano-préputial, se greffant sur la portion du gland ou du prépuce qui est à son contact.

Les localisations du chancre liées à un état de phimosis ou de léger rétrécissement du prépuce, exagérées par suite de l'infiltration et de l'œdème consécutifs sont le point de départ de complications que nous appellerons anatomiques. Le chancre est caché. Le prépuce recouvre le gland; par son orifice on voit s'écouler un pus jaunâtre crêmeux, mal odorant et de prime abord il est difficile de dire s'il s'agit d'une blennorrhagie ou d'une autre affection.

Quelquefois, à force de persuasion et de bonne volonté de la part du malade et à condition toutefois que la largeur du prépuce le permette on arrive à ramener celui-ci en arrière du gland et à découvrir la lésion; d'autres fois, c'est chose impossible et malgré l'avis des auteurs anciens qui pensaient que le chancre ainsi abrité guérissait plus facilement et que les parties avoisinantes étaient à l'abri d'une inoculation secondaire, l'évolution est aggravée et les lésions anatomiques sont augmentées. Le chancre a souvent tendance à devenir envahissant, même s'il guérit spontanément. il laisse après lui des brides qui soudent le prépuce et le gland, et nous avons vu un cas que nous avons opéré nous-même, où il y avait symphyse complète entre la muqueuse du gland et celle du prépuce, depuis le méat jusqu'au sillon balano-préputial et où il a fallu sculpter le gland pour le décaper de son prépuce.

Le chancre mou compliqué de paraphimosis est une complication plus grave; il expose au sphacèle d'une portion du prépuce et c'est pour lui que pour la première fois, les auteurs ont osé parler de débridement, c'est-à-dire d'acte

vraiment chirurgical. Si on le laissait évoluer, il risquerait d'entraîner la gangrène d'une portion du fourreau et amorcerait un phagédénisme grave pouvant compromettre l'organe lui-même.

En dehors de ces deux complications, qui peuvent être dues à une disposition particulière du prépuce, on décrit d'autres complications qui sont, par ordre de gravité : la grande multiplicité des chancres qui peuvent, par leur nombre occuper la plus grande partie de la verge. Remarquons que ces chancres multiples sont dus à des réinoculations et à un défaut de protection contre la contagion des chancres primitifs.

Le bubon inguinal, l'adénolymphite, est une complication fréquente.

Malgré l'avis de Rollet qui la considérait comme la plus grave des complications du chancre mou, nous savons aujourd'hui que, bien traitée, ouverte à temps, c'est-à-dire pas trop tôt, un peu avant que ne devrait se produire l'ouverture spontanée, le bubon guérit bien facilement et donne rarement lieu à un chancre au niveau de la cicatrice d'ouverture.

Ce n'est pas là, la complication qui nous arrête à l'heure actuelle. Les plus importantes sont le phagédénisme et la gangrène.

« Le phagédénisme, comme le dit Balzer F., ne devrait pas être considéré comme une complication du chancre simple, mais comme une évolution grave et progressive de celui-ci », c'est dire qu'une assez notable proportion de chancres mous deviennent phagédéniques. Bien que nous n'ayons pas trouvé chez les différents auteurs un chiffre indiquant la proportion des chancres phagédéniques, nous pensons qu'elle doit être assez élevée.

Evidemment, il y a des degrés dans le phagédénisme.

Depuis le phagédénisme diphtérique ou dyphtéroïde, à membranes adhérentes et lardacées, jusqu'au phagédénisme térébrant, capable de détruire la verge et d'attaquer largement les régions pubiennes, ne s'arrêtant qu'aux aponévroses résistantes, il y a toute une gamme de chancres plus ou moins envahissants. Les uns s'étendent en surface, c'est le phagédénisme ambulant qui progresse par poussées successives qui décolle la peau, et comme le dit Jullien : « La progression peut se faire avec une grande rapidité dès que la peau a été détruite dans toute son épaisseur grâce à la fonte du tissu cellulaire, le pus fuse au loin attaquant par leur face profonde, peau et muqueuse, disséquant et décollant les tissus, si bien que l'étendue vraie du chancre peut dépasser de beaucoup son étendue apparente ».

Les autres, à forme térébrante, progressant suivant la profondeur, ne s'accompagnent quelquefois que d'une suppuration très légère, ils taillent dans l'épaisseur des tissus, décortiquant complètement le fourreau et dépouillant le pénis de son tégument, dans une étendue variable (chancre décortiquant de Ricord, chancres écorchantes de Diday), ou bien encore, dans des cas plus graves, entamant le gland plus ou moins profondément ; si la destruction est surtout prononcée du côté du filet, il peut y avoir ulcération et hémorragie de l'artère du frein, ou encore perforation de l'urètre. Quelquefois, les corps érectiles, gland et corps caverneux sont atteints profondément et saignent avec une grande facilité. On a vu ainsi se produire des hémorragies graves par leur abondance et dangereuses par le fait qu'elles peuvent avoir lieu pendant le sommeil du malade.

Enfin, le gland peut être réduit à un infime tubercule, ou bien avoir complètement disparu.

Le phagédénisme évolue quelquefois lentement et pendant plusieurs mois, même plusieurs années. Lorsqu'il

prend l'allure serpiginieuse, un ulcère se cicatrise, un autre s'ouvrè.

Quelquefois, la récédive se fait dans le tissu cicatriciel lui-même, et Fournier cite un cas dans lequel la maladie dura quatorze ans. De pareilles lésions ne vont pas sans affecter gravement l'état général ; l'état moral lui-même est quelquefois très atteint.

En somme, le phagédénisme est une complication fréquente et quelquefois très grave. Il mord largement, profondément les tissus, il peut amener la perte d'une partie de l'organe et sa guérison est très lente, la longue durée de la maladie pouvant affecter gravement l'état général.

Quelques auteurs ont décrit la gangrène des organes génitaux comme une complication possible du chancre simple, en réalité elle est la complication de divers accidents affectant la verge, on la rencontre dans la syphilis, dans la blennorrhagie, dans le paraphimosis, et nous pensons qu'on ne peut faire du chancre mou, la cause première de la gangrène. Celle-ci a pour principale cause un état organique particulier ou une infection secondaire, symbiose de la spirille décrite par Berdal et Bataille dans la balanite et du bacille fusiforme de Vincent. Dans ces cas-là, on ne retrouve plus le bacille de Ducret.

Ainsi donc, le chancre simple, affection vénérienne connue isolée et décrite avec soin depuis les temps les plus anciens, est une maladie qui peut être grave de par ses complications, soit que celles-ci tiennent à une localisation spéciale et à un état anatomique particulier du prépuce, soit qu'elles soient dues à une nocivité spéciale du chancre dont la plus importante conséquence est le phagédénisme.

II

TRAITEMENT

TRAITEMENTS ANCIENS ET TRAITEMENTS MODERNES RÉSULTATS

Le chancre mou, affection purement locale, a été traité depuis l'antiquité par des moyens locaux. Les médecins anciens et ceux du moyen âge, appliquaient des topiques, dits détersifs, cathérétiques ou caustiques.

Lorsque le chancre mou fut considéré comme un accident syphilitique, on ajouta le traitement général. La cautérisation a toujours été en usage, elle a été pratiquée par Hunter. La méthode éctrotique ou méthode des liquides prophylactiques, employait en solution et en proportion suffisante, sans que l'épiderme soit attaqué, des acides : sulfurique, nitrique, chlorhydrique, citrique, acétique.

Des bases fortes : la potasse, la soude, l'ammoniaque ; des substances chimiques diverses : le sulfate de fer, le chromate de potasse ; des mélanges, tels que le vinaigre de Bully, le liquide prophylactique de Rodet composé d'acide citrique, acide chlorhydrique, perchlorure de fer, en solution dans de l'eau distillée.

La cautérisation destructive a été appliquée aux différentes périodes du chancre, au début, aux périodes d'état, aux complications.

A l'Antiquaille, on employait le crayon au nitrate d'argent, la pâte au chlorure de zinc qui produisaient une escarre dont la chute devait amorcer la guérison.

A la période d'état, un grand nombre de caustiques ont été employés, le nitrate d'argent, l'acide nitrique monohydraté, l'acide sulfurique, la potasse, la pâte de Vienne, la poudre de Rousselot, la pâte carbosulfurique, la pâte de cancoïn, enfin le fer rouge.

Rollet discute et explique longuement l'action de ces différents caustiques, la façon de les appliquer avec de la charpie, des bandelettes de Vigo, et somme toute, pour le même résultat, celui d'obtenir une escarre qui, au moment de sa chute, laissera une plaie à fond rouge, ne contenant plus l'humeur infectante et se cicatrisant comme une plaie ordinaire.

Quelquefois, le siège des chancres était considéré comme une contre indication à la cautérisation. Bien mieux on peut lire dans Rollet, cette phrase qui paraît invraisemblable à l'heure actuelle: « Toutes les fois que le prépuce se présentera renversé derrière la couronne du gland, il faudra le rabattre en avant, au risque d'emprisonner le chancre et de se mettre dans l'impossibilité de faire un pansement direct.

» Il y a même des chancres qu'on pourrait panser directement et qu'il vaut mieux traiter comme des chancres sous-préputiaux, afin de ne pas amener des déchirures, et partant, des réinoculations en faisant des efforts pour découvrir le gland ». Et, en effet, la réinoculation accidentelle de la plaie était regardée comme la grande cause de l'insuccès de la cautérisation.

Quand le chancre entrait en réparation, on employait des caustiques moins actifs; le vin aromatique, les solutions de sulfate de zinc, chlorure de zinc, de nitrate acide de mercure, de sublimé, la solution iodotannique étendue d'eau,

l'alcool de Guaco, l'hydrate de chloral, le perchlorure de fer, le tartrate ferrico-potassique, les acides : citrique, chlorhydrique, nitrique, phénique, également étendus d'eau. Une solution faible de potasse, une forte solution de tannin, de quinquina, de ratanhia (Rollet).

Enfin, lorsque les chancres se compliquent gravement de gangrène ou de phagédénisme de par leur localisation sous-préputiale, lorsque l'organe est exposé à la balano-posthite phlegmoneuse : « Il n'y a pas d'hésitation à avoir, dit Rollet, il faut se hâter de pratiquer le débridement ». C'est en somme la main forcée par les complications ultimes que les chirurgiens anciens redoutant toujours, la réinoculation, ébauchaient un acte vraiment chirurgical.

A la période moderne, l'ablation du chancre a été quelquefois proposée mais dans des cas bien limités, lorsque l'opération a lieu sur le prépuce. Les auteurs en parlent sans insister et ce n'est que dans les cas où l'on a des raisons sérieuses de redouter une infection syphilitique concomitante qu'on a pu parler « d'ablation formellement indiquée » (J. Balzer).

Brocq et Jacquet, dans la *Pratique dermatologique*, t. I, p. 548, s'expriment ainsi : « Le traitement du chancre simple demande quelque chose de plus que la propreté, le médecin doit s'efforcer de détruire la virulence pour empêcher la réinoculation ». Les moyens les plus récents employés pour arriver à ce but, sont le chlorure de zinc, dont la pâte Louis Balzer n'est qu'un succédané. Nous nous trouvons bien de l'attouchement de la surface malade avec la solution suivante :

Alcool à 90°.....	10 parties
Acide phénique cristallisé.....	1 partie

La solution phéniquée nous paraît le traitement de pré-

férence dans le cas de chancres préputiaux masqués par un phimosis.

Signalons encore : l'acide pyrogallique, le sulfocarbol, l'iodol, le diiodol, l'aristol, l'europhène, l'acide salicylique, la résorcine, l'acide citrique, le naphtol camphré, l'eau oxygénée, l'iodoforme. L'excision du chancre simple n'est pas entrée dans la pratique courante à cause de la facilité des réinfections et des récidives à la suite de l'opération. « Un des meilleurs moyens, dit Balzer, le meilleur peut-être pour modifier promptement la virulence, consiste dans l'emploi de l'air chaud. Pour cela, on porte au rouge un thermocautère coiffé d'un manchon de métal, muni d'un orifice étroit et mis en communication avec une poire de caoutchouc. On projette ainsi l'air surchauffé sur le chancre préalablement cocaïné, de manière à le cautériser légèrement ».

Le traitement du chancre phagédénique procède des mêmes traitements appliqués aux chancres simples. Les auteurs de nos jours préconisent surtout l'air chaud, les irrigations chaudes, les pansements avec antiseptiques divers : chlorure de zinc, permanganate de potasse, bleu de méthylène, camphre, teinture d'iode, avec l'indication particulière de fortifier et remonter l'état général.

Un de nos maîtres, M. le docteur Louge, a appliqué au chancre mou sa méthode d'enfumage iodé, avec des résultats variables.

L'action de l'enfumage iodé semble tenir à la fois et de la chaleur et de l'action chimique des vapeurs projetées.

En somme, les modernes comme les anciens ont cherché à obtenir soit par des moyens chimiques, soit par des moyens physiques, la diminution ou mieux la destruction de la virulence pour obtenir une plaie franche se réparant normalement.

Pour arriver à un pareil résultat nous avons montré, en

les énumérant, la multiplicité des antiseptiques, caustiques ou autres produits employés. Cette multiplicité même est la démonstration de leur impuissance.

Tous les auteurs ont redouté cette propriété très caractéristique du chancre mou : la réinoculation. C'est elle qui les a arrêtés dès qu'ils ont voulu ébaucher l'acte chirurgical supprimant la lésion.

III

TRAITEMENT PAR L'EXCISION ET LA SUTURE DU CHANCRE. — TECHNIQUE

Le traitement du chancre mou par l'excision et la suture peut être réalisé, quel que soit le stade d'évolution de la lésion ; nous ajouterons même qu'elle doit l'être, car c'est le traitement de choix du chancre non compliqué, et qu'on peut toujours craindre qu'un chancre d'allure bénigne, se complique gravement. C'est en somme avoir recours à une intervention chirurgicale. L'action chirurgicale prompt est le seul moyen de prévenir, en les guérissant, les complications possibles du chancre mou.

Nous allons décrire tout au long la technique avec ses variantes, suivant la lésion et ses localisations, et tout d'abord nous allons parler de l'anesthésie.

ANESTHESIE

L'anesthésie locale, à la Reclus, peut être employée dans des cas de chancres uniques ou de petits chancres très rapprochés en particulier ceux de l'extrémité du prépuce ; pourtant nous faisons remarquer qu'elle n'est pas sans danger si elle est appliquée inconsidérément. En effet, les injections doivent être faites à une certaine distance du chancre, en tissu sain, de façon à éviter les réinoculations. Mieux vaut, à notre avis, avoir recours, quelle que soit la petitesse de la lésion, à l'anesthésie régionale telle que la pratique Pauchet : « Faire un bouton à droite et à gauche de la racine de la verge où le cordon croise la branche horizontale du pubis, enfoncer l'aiguille par ce bouton jusqu'aux corps caverneux et injecter abondamment de la solution faible autour de la racine des corps caverneux, sous le ligament suspenseur de la verge et profondément autour de la verge. Il faut 40 grammes de novocaïne-adréraline à demi p. 100 ; cette injection anesthésie urètre, corps caverneux, gland ». Nous faisons précéder ce mode d'anesthésie par la pose d'un lien circulaire enserrant la racine de la verge, permettant une hémostase temporaire et qui améliore l'effet de l'anesthésique.

Dans les cas où les chancres ont envahi la racine de la verge, une partie des bourses et la région pubienne, on pourrait avoir recours soit à l'anesthésie trans-sacrée qui

nous paraît d'une réalisation difficile, soit mieux à l'anesthésie rachidienne, qui pour une faible quantité de syncaïne, 6 à 8 centigrammes, donnerait une anesthésie parfaite.

Technique générale

La verge est décapée à l'éther puis soigneusement iodée, la région est protégée par des champs opératoires :

1° Le chancre est thermocautérisé : à l'aide du thermocautère porté au rouge sombre, le chancre est soigneusement escarriifié, on promène le couteau ou le champignon dans toute l'étendue de la lésion et jusque dans ses moindres replis, on passe sur les bords du chancre, de façon à ne laisser aucune place qui n'ait été aseptisée. Nous faisons remarquer ici que la chaleur pénètre un peu dans la profondeur des tissus, un millimètre environ (Doyen), et stérilise ainsi le périmètre immédiat de la lésion. Le chancre et la région environnante, sont ensuite touchés avec une solution forte de permanganate (1 p. 100) pour éviter toute réinoculation pendant les manœuvres suivantes.

2° A l'aide du bistouri ou de fins ciseaux courbes, on excise en bloc en sectionnant toujours en tissu sain, en évitant avec soin de pénétrer en tissu escarriifié. La partie à exciser sera agrippée à l'aide de une ou deux fines pinces de Chaput qui ne seront plus utilisées par la suite.

Il reste une plaie nette qui peut être traitée par la suture immédiate. Cette suture sera pratiquée de façon différente, les points étant placés de telle sorte que la reconstitution anatomique et esthétique de l'organe soit aussi satisfaisante que possible. L'aiguille chargera les tissus en bloc de façon à ne pas laisser d'espace mort. La muqueuse sera suturée au catgut, la peau indifféremment aux crins, à la soie ou aux fils de lin.

Cas particuliers

Les chancres de l'extrémité du prépuce seront traités facilement par la circoncision.

Dans les cas de chancres sous-préputiaux compliqués de phimosis, nous pratiquons une incision dorsale du prépuce au thermocautère, nous obtenons ainsi deux oreilles préputiales : l'une à droite l'autre à gauche, chacune d'elles est agrippée par une pince et les lésions sont ainsi étalées. Les chancres sont thermocautérisés, touchés au permanganate, ceux du gland sont excisés, ceux du prépuce seront enlevés avec le lambeau qui sera excisé en terminant la circoncision en tissu sain.

Dans les cas de chancres ayant profondément envahi le gland et où la suture amènerait une déformation ou une plicature de l'extrémité de l'organe, la plaie ne sera pas entièrement suturée, ou même pourra être laissée sans suture aucune, la réparation secondaire se faisant simplement sous la protection d'un pansement aseptique.

Lorsque le fourreau est en partie détruit, que la verge est déshabillée on pourra, après excision soigneuse des chancres envahissants avoir recours à une autoplastie en amenant une portion de la peau des bourses qui s'enroulera comme une cravate autour de la verge.

Si les corps caverneux sont profondément lésés et qu'une hémorragie ait déjà compliqué l'affection, nous pratiquerons tout de même l'excision complète du chancre, mais dans ce cas, la simple suture des corps caverneux est presque toujours impossible. Il faut alors avoir recours à l'artifice suivant :

Des bourdonnets de gaze seront placés sur la plaie, une aiguille chargera de part et d'autre les tissus sains. Un fil

de soie sera passé et lié au-dessus des bourdonnets qui seront ainsi appliqués fortement sur la plaie feront compression directe et arrêteront ainsi l'hémorragie, sans comprimer le reste de la verge et en particulier l'urètre.

Dans ce cas-là, la plaie cicatrisera par seconde intention.

M. le professeur Escat a cité un cas de ce genre : « Dans un cas de chancre mou sous un phimosis étroit, une hémorragie des plus graves se produisit; appelé d'urgence, je constatai une verge du volume du poing rappelant un épithélioma méconnu, l'incision dorso-médiane du prépuce met à nu une vaste chancrelle ayant détruit la muqueuse balano-préputiale et ulcéré profondément le corps caverneux gauche. On pratique la désinfection, l'escharification ignée, l'excision de la nappe chancrelleuse préalablement escharifiée, et une seconde cautérisation est faite au thermo. Un bourdonnet de gaze est maintenu appliqué sur le point ulcéré source de l'hémorragie, par deux catguts qui des bords sains de la plaie, passent en anse et sont noués sur le tampon, tout autre moyen d'hémostase et de compression étant inapplicable et mauvais sur ce point, la compression de la verge entraînerait celle de l'urètre à moins de mettre une sonde à demeure, mesure contre indiquée en pareil cas. La cicatrisation fut rapide et les lambeaux du prépuce conservés et suturés purent être excisés, aucune autoplastie n'étant nécessaire ».

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

Due à l'obligeance de M. Martin-Laval, interne des hôpitaux de Marseille

M. A..., 24 ans, employé, entre le 15 mai 1919, salle Ca-
zaulx, pour chancre mixte préputial avec phimosis. Balano-
posthite. Bubon suppuré droit. Le Wassermann est positif.

Le phimosis remonte à deux mois.

L'inoculation du chancre remonterait au 2 février. Le
malade a été traité, avant son entrée, par les lavages au
permanganate, les bains de sublimé, la pommade au calo-
mel.

Le 20 mai, incision du bubon.

Le 24 mai, novarsénobenzol intraveineux, 0 gr. 30, en
même temps, injections de biiodure combinées à l'iodure
de potassium, 1, 2, 3, 4 et 6 grammes par jour. Les injec-
tions de biiodure sont mal supportées et, dès la cinquième,
on est obligé d'interrompre.

Le 30 mai, novarsénobenzol: 0 gr. 45.

Le 5 juin, novarsénobenzol: 0 gr. 60.

Le chancre ne diminue pas et ne paraît pas être influencé
par le traitement.

Le 6 juin, circoncision et ablation en masse du chancre
préputial.

Le 11 juin, exéat, guérison.

Le malade viendra recevoir périodiquement les injections de salvarsan à la consultation du professeur Perrin.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. Martin-Laval, interne des hôpitaux de Marseille

B..., 45 ans, journalier, entre, salle Cazaulx, le 17 juillet 1919, pour orchite bilatérale et paraphimosis avec chancre préputial.

Réduction non sanglante du paraphimosis. Repos, glace sur les testicules.

Impossible d'avoir un seul renseignement sur le chancre dont le malade ne se préoccupait pas, mais qui présentait tous les caractères d'un chancre mou.

Le 20 juillet, intervention. Fente dorsale au thermocautère, lavage au lusoforme, cautérisation au thermo, excision du prépuce infecté et circoncision.

Suture au catgut 0. Anesthésie locale à la cocaïne à 1 p. 100.

Le 25 juillet, cicatrisation par première intention. L'orchite a subi, dès le lendemain de l'intervention une amélioration manifeste.

Le malade quitte l'hôpital le 26 juillet.

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. Martin-Laval.

G..., 48 ans, limonadier, entre à la salle Cazaulx le 22 mai pour chancres phagédéniques multiples du gland avec phimosis.

A l'examen, on trouve le gland recouvert par un prépuce oedématié; par l'orifice rétréci, mais suffisamment large, on aperçoit le gland ulcéré; écoulement de liquide purulent et fétide.

Adénite inguinale double mais légère. Pas de troubles urinaires, la miction s'effectue facilement.

Antécédents. — Pas de blennorragie, pas de rétrécissement.

Histoire de la maladie. — Premier chancre cinq à six jours après l'inoculation, suivi bientôt après de plusieurs autres. Gonflement du prépuce, peu de douleur.

Entré à l'hôpital cinq semaines après l'inoculation.

L'examen bactériologique n'a pu être pratiqué, la plaquette ayant été égarée.

Le 27 mai, intervention. Rachianesthésie: 10 centigrammes de syncaïne, fente dorsale du prépuce au thermo; découverte des chancres, nettoyage; cautérisation au thermo de toutes les ulcérations. Circoncision, excision des chancres aux ciseaux courbes, recautérisation au thermo. Suture du prépuce à la muqueuse, au fil de catgut fin.

Le gland est détruit en partie par ces nombreux chancres et complètement déformé.

Les jours suivants, bains de permanganate; les plaies bourgeonnent, mais en raison des vastes lésions antérieures, la cicatrisation n'est complète que le 26 juin.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. Martin-Laval.

B. J..., 61 ans, journalier, entre, salle Cazaulx, le 28 juillet, pour chancre mou de la face dorsale du gland, de la

grosseur d'une pièce de 50 centimes et empiétant légèrement sur le sillon balano-préputial.

Étroitesse et longueur anormale du prépuce qui permet quand même de découvrir le gland.

Le 30, intervention; anesthésie à la cocaïne locale.

Nettoyage du gland au lusoforme, escharification du chancre au thermo. Excision aux ciseaux courbes. Circoncision.

Le 6 août, cicatrisation en très bonne voie.

Le 12 août, le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION V

Due à l'obligeance de M. Dor, interne des hôpitaux de Marseille.

G. A..., 18 ans, mécanicien. Entre à l'Hôtel-Dieu, le 4 mars pour chancre mou de la région du frein et phimosis secondaire.

Apparition du chancre huit jours après le coït suspect. (Edème du prépuce et impossibilité de décolloter.

Examen à l'arrivée. — Le prépuce recouvre complètement le gland œdématié, issue de pus très abondante par l'orifice préputial. A travers le prépuce on sent le chancre dans la région du frein; phimosis irréductible; adénopathie inflammatoire à gauche sans signe de suppuration.

Le 7 mars, intervention (docteur Escat). Rachianesthésie, désinfection à la teinture d'iode, nettoyage au permanganate de potasse.

Incision dorsale du prépuce au thermo. Les deux lambeaux sont rabattus, on découvre ainsi le gland et on constate un chancre de la grandeur d'une pièce de un franc qui a détruit le frein et gagne le sillon balano-préputial. Cautérisation du chancre au thermo, excision des deux lambeaux,

circoncision aux ciseaux, suture au catgut, pansement à la vaseline stérilisée.

Suites normales, un point a lâché au niveau du pénis, le catgut s'élimine au huitième jour, cicatrisation au dixième jour.

Résolution de l'adénite gauche sans suppuration. Exéat le 21 mars, avec une petite caroncule cicatricielle.

OBSERVATION VI

Due à l'obligeance de M. Dor, interne des hôpitaux de Marseille

L..., 44 ans, employé de commerce, entre le 29 mai, pour phimosis, balanite, chancre mou du gland.

Apparition d'un chancre du frein six jours après le coït suspect.

Examen à l'arrivée, le 29 mai 1919. — A travers le prépuce enflé, on sent des ulcérations disséminées sur le gland et dans le sillon balano-préputial. Pus très abondant à la pression sur le prépuce. Phénomènes douloureux marqués. Œdème en fourreau, douleur à la miction et à l'érection, empâtement ganglionnaire plus volumineux à droite sans signe de fonte.

Examen du pus : pas de gonocoques.

Le 29 mai, intervention (Dor). Rachianesthésie, lavage au permanganate, vérification à la sonde pour voir s'il n'y a pas adhérence entre le gland et le prépuce. Prépuce libre. Circoncision au thermo.

Le gland découvert on constate trois chancres :

1° Un sur la face dorsale du gland un peu sur la gauche du méat;

2° Un au niveau du frein l'ayant partiellement détruit déjà et envahissant le sillon à droite et à gauche;

3° Un au niveau de la portion latérale gauche, séparé de celui du frein par deux centimètres de tissu sain.

Lavage au permanganate; thermocautérisation des trois chancres; excision au bistouri; on retouche au thermo après excision.

Suture au catgut de deux chancres: celui du frein, celui de la portion gauche du sillon balano-préputial.

Le chancre du gland n'est pas suturé. Suites normales. Réunion des deux chancres suturés; l'escharre faite au niveau du troisième tombe le cinquième jour.

Petite plaie qui met six jours à se cicatriser.

Guérison complète le 16 juin.

OBSERVATION VII

Due à l'obligeance de M. Dor.

F. J..., garçon de magasin, 37 ans. Entre le 12 juin pour chancres multiples du limbe préputial.

A l'examen: quatre petits chancres sont disséminés (grosseur d'un petit pois) sur tout le pourtour du limbe; phimosis consécutif; pas d'écoulement urétral; grosse adénite gauche en voie de ramollissement (fluctuation centrale).

Le 14 juin, intervention: teinture d'iode (anesthésio locale), docteur Dor:

1° Thermocautérisation des chancres accessibles;

2° Incision dorsale: thermocautérisation d'un chancre plus petit de la face interne du prépuce;

3° Circoncision aux ciseaux;

4° Suture au catgut.

Le bubon est traité par le drainage de Chaput. Suites normales; réunion *per primam*.

Le 24 juin, le malade sort guéri au point de vue chancre

et circoncision; il persiste un petit suintement au niveau du point de drainage du bubon inguinal.

OBSERVATION VIII

Due à l'obligeance de M. Dor.

A. L., 30 ans, journalier. Chancre mou au niveau d'une bande préputiale consécutive à une circoncision atypique antérieure.

Le chancre s'est développé au niveau de l'insertion d'une bride constituée par un reliquat de prépuce et allant du frein à la face dorsale du gland (formant arc le long du sillon balanopréputial).

Le chancre est apparu quatre jours après le coït infectant. Suppuration légère, pas de ganglion, pas de blennorrhagie. Le chancre a désinséré l'implantation au niveau du frein, et le lambeau ne tient plus que par son pédicule au niveau de la couronne du gland.

Opération le 27 mai : anesthésie locale (docteur Dor) :

- 1° Excision de la languette, suture du pédicule;
- 2° Excision du chancre de la région du frein après cautérisation au thermo, suture au catgut.

Suites normales : deux points ont lâché.

Le 31 mai, le malade va bien et quitte l'hôpital sur sa demande.

OBSERVATION IX

Personnelle.

L., sujet grec, journalier, 30 ans. Entre, le 16 juillet, salle Garnier, pour chancre du prépuce.

A l'examen : le malade est atteint d'un chancre du bord libre du prépuce ayant envahi tout le pourtour de ce bord

libre et paraissant tenir au voisinage du méat qui est rouge, enflammé et ulcéré. Le phimosis consécutif est complet et ne permet en aucune façon de découvrir le gland. Par l'orifice du prépuce sourd un liquide sanieux et fétide.

Il est difficile d'établir la date d'apparition de ce chancre après le coït.

Le chancre dure depuis deux mois, sans tendance à la cicatrisation, pas de ganglion, pas de roséole, aucun accident secondaire. Cependant la consistance un peu cartonneuse des bords de ce chancre nous incite à faire faire un examen de sang et un examen de pus.

Wassermann positif. Pus : présence du bacille de Ducret, donc chancre mixte.

Intervention le 20 juillet (Pagès). On a fait une première injection de novarsénobenzol, 0 gr. 30. Désinfection à la teinture d'iode, anesthésie régionale à la syncaïne, escharification du chancre au thermocautère. incision dorso-médiane du prépuce au thermocautère. Il est très difficile d'inciser le prépuce sans atteindre le gland qui paraît adhérent à la muqueuse. En effet, la suite de l'intervention nous prouve qu'il existe une véritable symphyse entre la muqueuse préputiale et celle du gland ; nous sommes obligés de sculpter littéralement le gland pour le débarrasser de la muqueuse préputiale adhérente, un plan de clivage étant très difficile, sinon impossible à trouver.

Nous terminons par une circoncision classique. Lavage au permanganate à 1 p. 100, pansement à l'huile goménolée stérilisée.

Suites normales.

Le 24, la cicatrisation est en bonne voie, le gland éraillé se cicatrise.

Le 28, cicatrisation presque complète.

Le 31 juillet, le malade sort cicatrisé. Il reviendra régulièrement pour continuer le traitement de son Σ .

OBSERVATION X

Personnelle.

V. L..., 25 ans. Entre, le 14 juillet, salle Hatignon.

Il présente un chancre du filet, du fourreau et du gland, de la grosseur d'une pièce de cinquante centimes. Début il y a vingt-huit jours, trois jours après coït suspect. Pas d'adénopathie; pus fétide abondant avec présence de bacille de Ducret. La réaction de Wassermann est négative.

Le 15 juillet, hémorragie de l'artère du filet ulcérée par le chancre. Cette hémorragie, assez vive, s'arrête par la compression.

Intervention le 16 juillet (Pagès). Désinfection à la teinture d'iode; anesthésie régionale à la syncaïne; escharification de toute la surface du chancre au thermocautère; nettoyage au permanganate solution forte; excision de toute la surface escharifiée en prenant à un millimètre en tissu sain.

L'incision ainsi pratiquée donne un losange dont les bords sont affrontés dans le sens de l'axe de la verge. Suture au catgut.

Le 20 juillet, la cicatrisation est en très bonne voie; deux points cependant ont coupé pendant des érections nocturnes.

Le 22 juillet, sur sa demande, le malade quitte l'hôpital. Nous le revoyons le 25, complètement cicatrisé.

OBSERVATION XI

Personnelle.

B..., 22 ans, arabe, entre le 17 juillet 1919, salle Hatignon.

Il présente un chancre phagédénique du sillon balano-préputial de la couronne du gland et du fourreau, de la grosseur d'une pièce de deux francs. Le chancre est apparu trois jours après le coït et il date de dix-huit jours avec tendance à l'envahissement rapide; pas de bubon suppuré, mais adénopathie bilatérale. Le Wassermann est négatif.

L'examen bactériologique n'a pas été fait, la lame ayant été cassée et l'intervention ayant eu lieu le jour même.

Intervention (Pagès). — Désinfection à la teinture d'iode, anesthésie régionale à la syncaïne, escharification au thermocautère; nous trouvons un pertuis profond qui a décollé une partie de la couronne et qui nous mène par dessous un véritable pont de tissu paraissant sain à un nouveau foyer assez étendu mais qui n'ayant pas encore ulcéré les téguments, ne se voyait pas à l'examen. Nous faisons sauter le pont au thermo et nous étalons toute la lésion qui est escharifiée jusque dans ses moindres replis.

Nettoyage au permanganate. Suture au catgut; malgré la perte de substance relativement importante, la suture se fait sans trop de difficulté en prenant les tissus en bloc.

Le fourreau est suturé à la couronne. Suites opératoires normales.

Le 24, trois points de suture ont lâché, ce qui est un incident heureux, car ainsi le sillon balano-préputial qui était supprimé par le fait de la suture s'ébauche à nouveau. La

cicatrisation à ce niveau se fait par bourgeonnement. Elle est complètement terminée le 2 août.

Le malade quitte l'hôpital le 3.

OBSERVATION XII

Personnelle.

B. L..., 60 ans, entre le 16 juillet 1919, salle Hatignon.

Il présente une verge en battant de cloche avec phimosis consécutif à l'œdème très marqué du fourreau; chancres mous suppurants avec tendance à l'envahissement au niveau du bord libre du prépuce. Ils sont survenus trois jours après le coït suspect. Le palper permet de soupçonner d'autres chancres inclus sous le prépuce. La maladie dure depuis vingt-cinq jours, malgré les bains au permanganate, la poudre de calomel, la poudre d'aristol que le malade a successivement employé.

Pus abondant avec présence de bacilles de Ducret. Pas d'adénopathie.

Intervention le 18 (Pagès). — Désinfection à la teinture d'iode; anesthésie régionale à la syncaïne; incision dorso-médiane du prépuce au thermocautère; on met à découvert deux chancres ayant envahi une partie de la muqueuse préputiale. Le gland a été inoculé à sa face dorso-latérale droite et à sa face inférieure à gauche du frein; escharification des chancres du prépuce; escharification des chancres du gland; attouchement au permanganate en solution forte; excision au bistouri des oreilles du prépuce et circoncision; suture au catgut.

Section et allongement du filet; deux points au catgut transversalement.

Les deux plaies du gland sont fermées chacune par un

seul fil de catgut fin passé en U. Pansement à l'huile goménolée stérilisée.

Suites opératoires normales.

Le 25, le malade quitte l'hôpital sur sa demande à peu près complètement cicatrisé.

Il revient nous voir le 30, la cicatrisation est complète.

OBSERVATION XIII

Personnelle.

K. G..., sujet grec, 18 ans, entre le 20 juillet 1919, salle Hatignon.

Phimosis congénital complet; chancre mou de la grosseur d'une pièce de cinquante centimes, qui se trouve à la face inférieure du fourreau et dont la topographie correspond à un centimètre environ en arrière de la base du frein. Ce chancre dure depuis deux mois sans tendance à la rétrocession; il est survenu cinq jours environ après le coït suspect. Il suppure abondamment.

Examen bactériologique: présence de bacille de Ducret; Wassermann négatif. Pas d'adénopathie marquée, mais blennorrhagie.

Le 24 juillet, intervention (Pagès). Désinfection à la teinture d'iode; anesthésie régionale à la syncaïne; escharification du chancre au thermocautère; excision, lavage à l'éther. Circoncision dont le trait de section passe au niveau de la partie antérieure de l'excision. Suture de la muqueuse à la peau. Section et allongement du frein. Suture longitudinale dans l'axe de la verge des deux lèvres de la plaie d'excision. Pansement à l'huile goménolée stérilisée.

Suites opératoires normales.

Le 29 juillet, le malade sort en bonne voie de cicatrisation.

Il revient le 31, cicatrisation complète *per primam*.

OBSERVATION XIV

Personnelle

S. A..., journalier, 17 ans, entre le 6 août 1919, salle Hatignon.

Il présente plusieurs chancres mous du bord libre du prépuce avec phimosis consécutif. L'affection est apparue huit jours après le coït suspect; elle dure depuis un mois malgré les lavages au permanganate de potasse et à la liqueur de Labarraque. Suppuration abondante; bacilles de Ducret.

Intervention le 8 août (Pagès). — Désinfection à la teinture d'iode. Anesthésie régionale à la syncaïne. Escharification des chancres au thermocautère et incision dorso-médiane du prépuce; l'étalement de la lésion met à découvert trois gros chancres de la muqueuse préputiale; ils sont thermocautérisés. Lavage au permanganate. Circoncision. On découvre à ce moment huit petits chancres siégeant à la base de la collerette muqueuse tout près du sillon. Leur excision rendrait impossible la suture de la collerette à la peau du fourreau; ils sont touchés au thermo. Suture au catgut. Pansement à l'huile goménolée stérilisée. Suites opératoires normales. Le 16 août, la cicatrisation est complète. Le malade quitte l'hôpital le 17.

On remarquera dans nos observations que nous nous servons de l'huile goménolée, ce n'est pas dans le but d'employer un pansement antiseptique puisqu'un pansement aseptique suffit, c'est pour obtenir un pansement gras propre, qui ne laisse pas adhérer les compresses à la plaie et qui facilite les pansements ultérieurs.

CONCLUSIONS

I. — Le chancre mou n'est pas une maladie bénigne; il est susceptible de graves complications parmi lesquelles le phagédénisme est la plus importante.

II. — Depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, des traitements multiples ont été employés, sans qu'aucun puisse prétendre guérir le chancre et prévenir les complications.

III. — Le traitement chirurgical: escharification, excision et, dans la plupart des cas, suture, nous paraît être actuellement le traitement de choix.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 21 octobre 1919.
Pour le Recteur,
Le Doyen délégué,
MAIRET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 18 octobre 1919.
Le Doyen
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

